

BKK VBU Antrag Krankenkasse (Neu-2017)

Antrag sozialversicherungspflichtige Arbeitnehmer

Antrag gesetzliche Krankenkassen (GKV)

BKK VBU – Betriebskrankenkasse Verkehrsbau Union



Wechsel Sie jetzt zu Ihrer neuen Krankenkasse mit vielen Auszeichnungen und **Bonusprogrammen für Familien und Singles.**

Nur wenige Schritte für die Mitgliedschaft bei der BKK VBU

1. **Kündigen Sie Ihre alte Krankenkasse (Kündigungsfrist 2 Monate).**
Kündigungsmuster / Vordruck können Sie [hier](#) downloaden.
2. **Drucken Sie Ihren Antrag BKK VBU aus oder fordern Sie [hier](#) Ihre persönlichen Antragsunterlagen an.**
3. **Ergänzen Sie den Antrag BKK VBU mit Ihren Angaben.**

4. Senden Sie uns Ihren Antrag an:

Per Fax: 030 - 577 083 509

Per Post: BKK VBU Berlin
Lindenstr. 67
10969 Berlin

Sie erhalten innerhalb kürzester Zeit eine Bestätigung über Ihre neue Mitgliedschaft (diese braucht auch Ihre alte Krankenkasse).

Haben Sie noch Fragen, rufen Sie uns bitte an!

Tel.: +49 (30) 830 353 80



MITGLIEDSCHAFTSERKLÄRUNG



Ich möchte Mitglied der BKK-VBU werden:
Hinweis: Mit der Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der BKK-VBU beginnt auch die Mitgliedschaft in der Pflegekasse der BKK-VBU.

zum
 zum nächstmöglichen Zeitpunkt

ANGABEN ZUR PERSON

Frau Herr

Name Vorname
Straße PLZ, Ort
E-Mail* Familienstand
Telefon* * freiwillige Angabe

Versichertennummer Die Versichertennummer finden Sie auf Ihrer elektronischen Gesundheitskarte. Sollte Ihnen diese nicht vorliegen, bitte frei lassen.

Rentenversicherungsnummer Die Rentenversicherungsnummer finden Sie auf Ihrem Sozialversicherungsausweis oder auf den Meldungen zur Sozialversicherung.

Wichtig! Wenn Ihnen die Rentenversicherungsnummer nicht vorliegt, bitten wir Sie um folgende Angaben:

Geburtsdatum Geburtsort
Geburtsname Nationalität

ALLGEMEINE ANGABEN

Ich bin ...
 Arbeitnehmer/-in Auszubildende/-r Student/-in/Schüler/-in
 Rentner/-in Rentenantragsteller/-in nicht erwerbstätig Bezieher/-in von Arbeitslosengeld
 Beamtin/Beamter selbstständig Empfänger/-in von Sozialhilfe ALG I ALG II

Ich war zuletzt ...
 privat krankenversichert freiwillig versichert Name der Krankenkasse
 pflichtversichert nicht in Deutschland versichert familienversichert

ARBEITGEBER Beschäftigt seit

Name Anschrift

Ich bin mit dem Arbeitgeber verwandt oder verschwägert. Nein Ja Verwandtschaftsgrad

Ich bin an der Firma bzw. Gesellschaft beteiligt. Nein Ja Beteiligungsform

FAMILIENVERSICHERUNG

Ich möchte Angehörige kostenfrei mitversichern:
 Der ausgefüllte Antrag liegt bei. Bitte senden Sie mir einen Antrag zu.

Meine Angaben sind vollständig und zutreffend. Über später eintretende Veränderungen werde ich die BKK-VBU sofort verständigen.

X

Datum, Unterschrift Ihre Angaben sind zur Erfüllung der gesetzmäßigen Aufgaben der Krankenkasse erforderlich. Sie werden aufgrund des Sozialgesetzbuches erhoben und auf Datenträgern gespeichert. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Die Angabe Ihrer Telefonnummer/E-Mail-Adresse ist freiwillig.

Vermittlung

052028

0 4 6 5

Bitte senden an: per Post BKK-VBU, Neukundenservice, 10857 Berlin **per E-Mail** neukundenservice@bkk-vbu.de **per Fax** (030) 72612-2038